

## **ПРЕОБЛАДАЮЩИЙ ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

*Лавринович И. Ф., Величинская О. Г., Корнеева В. А  
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение** Ревматоидный артрит – аутоиммунное заболевание, характеризующееся хроническим эрозивным артритом (синовитом) и системным поражением внутренних органов. Распространённость ревматоидного артрита среди взрослого населения составляет 0,5–2% (у женщин 65 лет около 5%) [1]. Во всём мире ревматоидным артритом страдают около 58 млн. человек. Болезнь всегда индивидуальна, она поражает конкретного человека, и чтобы найти средства для ее исцеления, врач должен представлять себе не только внешнюю, но и внутреннюю картину болезни, видеть возможные психологические предпосылки и последствия патологических процессов, понимать измененную болезнью личность пациента[2].

Оптимальная забота о пациентах с РА требует интегрированного подхода фармакологического и нефармакологического методов терапии. Поэтому определение преобладающего типа отношения к болезни у данной группы больных необходимо для диагностики и выработки рациональных рекомендаций при их лечении, для определения дифференцированных, учитывающих индивидуальные особенности пациентов методик лечения, повышая качество жизни пациентов и эффективность медицинской помощи в целом[2].

**Цель** Определение преобладающего типа отношения к болезни по методике ТОБОЛ разработанной в Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. Н. Мясищева.

**Материал и методы** В исследовании участвовали 22 больных ревматологического отделения Витебской областной клинической больницы и 2-й городской больницы страдающих ревматоидным артритом (15 женщин, 7 мужчин в возрасте от 46 до 72 лет), средний возраст составил 59 лет, все пациенты были опрошены по методике ТОБОЛ (определение преобладающего типа отношения к болезни).

С помощью опросника выявляют 12 типов отношения пациента к болезни:

1. Гармоничный (Г) – трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть всё в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни; стремление во всём активно содействовать успеху лечения; нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

2. Эргопатический (Р) – уход от болезни в работу, характерно ответственное, одержимое отношение к работе, избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением сохранить возможность продолжения активной трудовой деятельности.

3. Анозогнозический (З) – активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных её последствиях; приписывание проявлений болезни случайным обстоятельствам, отказ от обследования и лечения; желание обойтись «своими средствами», пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению.

4. Тревожный (Т) – непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения, поиск его новых способов, жажда дополнительной информации о болезни, выраженный интерес к объективным данным о заболевании, настроение тревожное; защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

5. Ипохондрический (И) – «сосредоточение на субъективных и иных неприятных ощущениях, стремление постоянно рассказывать о них окружающим; преувеличение действительных и высказывание несуществующих болезней и страданий, сочетание желания лечиться и недоверия в успех, требования тщательного обследования, и в то же время боязнь вреда и болезненности процедур.

6. Неврастенический (Н) – поведение по типу «раздражительной слабости», вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаяниями и слезами; непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения.

7. Меланхолический (М) – удрученность болезнью, недоверие в выздоровление, в возможное улучшение и эффект лечения; активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей, пессимистический взгляд на всё вокруг, неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

8. Апатический (А) – полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения; пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны, утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало.

9. Сенситивный (С) – чрезмерная озабоченность возможностью неблагоприятного впечатления, которое могут произвести на окружающих сведения о его болезни; опасения, что окружающие станут его избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать неблагоприятные слухи о причине и природе болезни; боязнь стать обузой для близких из – за болезни, и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

10. Эгоцентрический (Я) – «уход в болезнь», выставление на показ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием; требование исключительной заботы о себе, постоянное желание показать другим своё особое положение, исключительность своей болезни.

11. Паранойяльный (П) – уверенность, что болезнь – результат чьего – то умысла, крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам, стремление приписывать возможные осложнения и побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала, обвинения и требования наказания в связи с этим.

12. Дисфорический (Д) – доминирует мрачно – озлоблённое настроение, постоянный угрюмый вид; зависть и ненависть к здоровым, вспышки крайней озлоблённости со склонностью винить в своей болезни других, требование особого внимания к себе, подозрительность к процедурам и лечению, деспотическое отношение к близким – требование во всём ему угодить.[3]

**Результаты и обсуждение** По результатам исследования установлено, что эргопатический тип составляет 36%, гармоничный тип – 23%, сенситивный – 14%. Другие типы составляют 27%.

**Выводы.** Данное исследование показало, что у 41% больных ревматоидным артритом имеются более выраженные нарушения социальной адаптации в связи с данным заболеванием. Эта группа больных нуждается в дополнительном внимании лечащего врача для коррекции поведенческих расстройств, усугубляющих восприятие своего заболевания, с целью улучшить качество жизни больных ревматоидным артритом.

Литература:

- 1 Насонов Е. Л. Ревматология. Клинические рекомендации. Москва. «ГЭОТАР – Медиа». 2007. 99 – 111.
- 2 Мягков И. Ф. Боков С. Н. Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологии. Медицинская психология. 2008.
3. Медведев И. Психотерапия при психосоматических заболеваниях. Международный центр охраны здоровья И. Медведева. 2008.